

DANE PROSZĘ WPISYWAĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

.....Pesel.....

Nazwisko i imię Pacjenta

..... Szkoła..... Klasa.....

Adres zamieszkania

ZGODA RODZICA/OPIEKUNA PACJENTA MAŁOLETNIEGO NA OBJĘCIE OPIEKĄ STOMATOLOGICZNĄ

Zgodnie z art. 15-19 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 r. (Dz.U. z 2009 r. Nr 52, poz.417 ze zm.), informuję, że:

wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody* na

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | zabiegi profilaktyczne: lakowanie, lakierowanie zębów |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | usuwanie kamienia nazębnego |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | lapisowanie zębów (leczenie próchnicy zębów mlecznych) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | leczenie stomatologiczne |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | usuwanie zębów (tylko za indywidualną zgodą) |

świadczone w gabinecie dentystycznym w PSP nr 11 w Stalowej Woli, przy ul. Wojska Polskiego 9, bezpłatnie w ramach kontraktu z NFZ.

W przypadku nawet jednokrotnego wyrażenia zgody proszę o podanie informacji czy Pacjent był kiedykolwiek znieczulany tak nie i czy jest uczulony (na co).....

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, zwane „RODO”), informujemy, że administratorem danych osobowych jest podmiot leczniczy Maxdent Krzysztof Rębisz. Pełna treść Klauzuli informacyjnej jest dostępna w gabinecie stomatologicznym.

Data

czytelny podpis Rodzica/Opiekuna

Tel.kontaktowy do konsultacji

*proszę zaznaczyć znakiem X odpowiednią kratkę